

東北労災病院 御中

服薬情報提供書(トレーシングレポート) 経口抗がん剤

担当医: 科 先生 御机下

処方箋交付日	保険薬局名
聞き取り日	所在地
患者 ID	担当薬剤師名 印
患者氏名	<input type="checkbox"/> かかりつけ薬剤師 <input type="checkbox"/> 否
生年月日	TEL : FAX :

使用薬剤 アドヒアランス 良 不良(飲み忘れ 回)

確認方法 投薬時 保険薬局への問い合わせ テレフォンフォロー その他 ()

聞き取りした方 本人 ご家族 その他 ()

- 患者(本人・家族・代理人)の同意を(口頭・書面)で得てこの情報をお伝えしています。
- 患者の同意を得ていませんが、治療上必要だと思われるのでこの情報をお伝えしています。

副作用状況について下記の通り報告いたします。

項目	なし	Grade 1	Grade 2	Grade 3
悪心	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 食欲低下はあるが、食事は摂れた	<input type="checkbox"/> 食量減った 体重が減った	<input type="checkbox"/> 吐き気が強く、水分も摂れなかった
嘔吐	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1日(24時間)に1~2回	<input type="checkbox"/> 1日(24時間)に3~5回	<input type="checkbox"/> 1日(24時間)に6回以上
食欲不振	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 摂食習慣に影響しない	<input type="checkbox"/> 顕著な体重減少、栄養失調を伴わない摂食量の減少	<input type="checkbox"/> カロリーや水分の経口摂取が不十分
便秘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 時々薬を飲んで排便があった	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日薬を飲んで排便があった	<input type="checkbox"/> 薬を飲んでも排便がなかった
下痢	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1日(24時間)に1~3回下痢があった	<input type="checkbox"/> 1日(24時間)に4~6回下痢があった	<input type="checkbox"/> 1日(24時間)に7回以上下痢があった
手足症候群	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 痛みを伴わない皮膚の変化があった	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う皮膚の変化、身の回り以外の日常生活動作制限	<input type="checkbox"/> 疼痛を伴う皮膚の変化、身の回りの日常生活動作制限
口内炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 症状はわずかで摂食に影響しない	<input type="checkbox"/> 症状はあるが、食べやすく加工した食事を摂取できる	<input type="checkbox"/> 症状あり、経口摂取に支障がある
高血圧	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 120-139/80-89 mmHg	<input type="checkbox"/> 140-159/90-99 mmHg	<input type="checkbox"/> 160 mmHg以上
倦怠感	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> だるさがあるまたは元気がない	<input type="checkbox"/> 身の回り以外の日常生活動作が制限される	<input type="checkbox"/> 身の回りの日常生活動作が制限される
出血	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 軽度の症状がある	<input type="checkbox"/> 内科的処置を必要とする	<input type="checkbox"/> 輸血が必要である
その他	<input type="checkbox"/> 呼吸苦 <input type="checkbox"/> 空咳 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 味覚異常 <input type="checkbox"/> 流涙 <input type="checkbox"/> 鼻血 <input type="checkbox"/> 嘔声 <input type="checkbox"/> ()			

保険薬局からの情報提供(例) 副作用への心配事、治療について、治療費のこと、今後のこと等